

国外如何发展商业健康保险

政府引导 机制保障



韩国国民健康保险公团举办的健康讲座。

本报驻首尔记者 杨明摄

作为健康服务产业的重要组成部分,健康保险是世界各国普遍采用的预防疾病风险的主要方式,也是许多国家医疗保障体系的重要组成部分。尽管国情不同,商业健康保险的发展也不尽相同,但在各国医疗改革中,商业保险的参与度不断提高已经成为一种国际趋势

法国：覆盖面广 理赔率高

本报驻巴黎记者 胡博峰

法国是世界上医疗福利最好的国家之一。根据法国1958年宪法的规定,“医疗权利,人人享有,老幼妇孺,从优从先”,而法国医疗保险制度的口号也由此而来,“人人有权接受医疗服务”。目前,法国已经形成了覆盖率高达99%的医疗健康保险体系。

一般来说,民众的医疗健康保险可分为基本医疗保险和补充保险两种。基本医疗保险是覆盖面最广的保险,能够报销投保人看病费用的70%。剩下的30%则属于补充保险的范畴,可根据个人的经济条件和身体状况选择参与与否。此外,法国医疗保险体系还专门对30种严重疾病实行国家承保的全免费治疗服务,包括艾滋病、帕金森氏综合症、心血管疾病、心脏病、部分恶性肿瘤等。按照

这一规定,即便身无分文,一旦患上上述疾病,也可以在任意一家公立医院享受免费的医疗服务。

除了全民医保外,法国医疗保险的另外一个特点是,境外就医,保险依然有效。根据法国卫生部的文件,法国社会保险在包括美国、英国、德国等很多国家都适用。也就是说,如果在法国以外的国家看病,只要保存好当地的看病发票,就可以在回国后找到具有翻译资质的公司翻译票据,而后拿着发票和翻译件去报销。由于法国医疗保险的高报销比例和高覆盖率,法国的医保体制成为民众满意度最高的医疗制度之一。法国这种全民医保的福利固然显而易见,但也正因为此,法国财政也背上了沉重的包袱。根据法国相关机构综合统计的数据显示,法国医疗服务支出占整个社

会福利开支的34.6%,是仅次于养老保险的第二大开支项目。

根据法国当地一家调查机构的数据,法国每年人均就医14.8次,每年就住院治疗有1300余万人,相当于法国总人口数的近五分之一,而且法国社会的老龄化现象加剧,未来就医规模和花费预计还要庞大。因此,法国医疗费用支出的增长率每年达到近10%。2004年底,法国的医疗财政赤字已经达到了110亿欧元,预计到2020年底,这一数字将达到700亿欧元。分析认为,高额赤字一方面来源于体制内的浪费,一方面来源于病人频繁更换医生,许多病人像逛商场一样挑选医生,同一个病会跑好几家诊所诊断,直到医生开出他们想要的诊断才罢休;还有一个原因则是过度使用处方药。由于报销近乎免费,一

些医生倾向于给病人开价格更贵、剂量更多的药,往往造成病人药品剩余和浪费。

在这种背景下,如何进行医疗保健制度的改革、完善和改革疾病社会保险制度成为法国政府面临的难题。目前,法国政府希望通过扩大保险资金来源、提高疾病社会保险缴费率以及控制医疗费用支出来解决。2004年,法国出台新规定要求每个投保人首先要为自己选定一位“主治医生”,类似曾经“家庭医生”的角色。参保人每次看病首先要经过主治医生的初步诊断,如需进一步治疗,则要在主治医生的推荐下去看专科医生。除一些特殊疾病和急诊外,如果患者不遵守先看主治医生、再由主治医生指定专科医生的就诊程序,那么药费将只能报销50%。

韩国：细致完备 费率较低

本报驻首尔记者 杨明

韩国的健康保险制度始于1977年,经过多年的发展,韩国已基本建立起覆盖全民的国民健康保障体系。日趋完善的健康保障体系,有效起到了增进国民的健康和促进社会发展、稳定的作用。

在国民健康保险制度建立和运行初期,韩国曾并行存在多个医保系统,公民根据个人职业和居住地域选择投保不同的医保系统。1998年10月,韩国将227个地区医疗保险组合与公务员和教职员医疗保险系统合并,成立了国民医疗保险管理公团。2000年7月,韩国政府又将国民医疗保险管理公团与139个单位医疗保险组合合并,成立了非盈利性质的国民健康保险公团,最终统一了医保体系。

韩国国民健康保险体系的参保人员分为职工参保者和地区参保者。前者针对有资方雇用的人群,后者是无资方雇用的自由职业人群,也包括5人以下微型单位的员工。国民健康保险的保费费率并非整齐划一,而是根据个人收入、财产状况以及国民健康保险上一年度的整体理赔费率每年进行调整。以2014年为例,韩国职场参保者月平均保险费为9.41万韩元,地区参保者月平均保险费为8.25万韩元,较2013年保费上调率为1.7%。这已是连续3年保费上调率保持在3%以下。相对于普通韩国人每月三四百万韩元的收入,保费费率是相对较低的。

韩国国民健康保险的优点是1人投保,全家受益,投保人向上两代和向下两代的家庭成员都可以享受健康保险的保障。如此便宜的保险,理赔率却是非常之高,根据韩国国民健康保险公团今年1月公布的数据显示,2012年韩国诊疗费总额为47.8万亿韩元,而公团理赔支出为35.7万亿韩元,理赔率达74.7%。如果对这个理赔率还不满意,可以选择加入一般商业健康保险,40岁以内加入的人群每月保费基本都不超过1万韩元,这样一来,一般住院和门诊费用将基本免费。目前一般韩国人都会选择同时加入国民健康保险和一般商业保险两个险种。

能够体现韩国健康保险制度完备的另一个突出特点,就是体检覆盖于国民健康保险之中。作为韩国最核心的医保机构,国民健康保险公团定期向所有参保者提供免费体检,包括婴幼儿健康体检、普通健康体检、癌症检查及中老年定期健康体检。根据现行制度,韩国儿童在4、9、18、30、42、54、66个月和5周岁时分别进行一次免费体检;40岁以上有工作的参保者,可带40岁以上的配偶及其他直系亲属,每年进行一次免费普通体检;无业投保者每两年可进行一次免费体检。每年,韩国人都会接到国民健康保险公团寄来的体检通知单,提醒居民去指定医院进行规定项目的免费体检。通知单上还标明居民家附近医院或诊所及可检查的项目。定期体检对大病的早期发现、早期治疗,效果明显,而且能够起到降低理赔支出的作用。

针对困难群体及特殊病种病人,韩国国民健康保险制度还设计了专门的优惠保障政策。对于癌症患者、韩国保健福祉部公布的138种疑难病症患者以及重度烧伤患者,可通过单独申报,获得大幅度的医疗费用减免优惠。例如,癌症患者和疑难病症患者,以及重度烧伤患者可分别在5年和最多一年半的“特例病症”期间,只需承担5%的医疗费用。此外,心脏和脑血管疾病患者接受手术日开始,无需申报登记便可自动成为“特例病人”。在术后住院的30天内,同样可享受95%的医疗费用减免。

奥地利：产品多样 赔付便捷

本报驻维也纳记者 谢飞

在奥地利,医疗保险分为公立医保和商业医保两种。其中公立医疗保险是在奥地利居住的必要条件,所有在奥地利长期居住的人,包括本国公民和外国居民都必须缴纳公立医疗保险。特别是对于在奥地利居住的外国人,缴纳公立医疗保险是获得长期居住许可的必要条件之一。

奥地利公立医疗保险的费用不高,公立医保公司会根据家庭的收入水平确定一个家庭需要缴纳的保险费用。这一费用大致在家庭净收入的十分之一左右。以此为基础,人们可以享受绝大部分基础医疗服务。对于大多数人而言,公立医保已经能够解决日常生活中大部分的健康问题。

但是很多的奥地利人仍然会选择在公立医疗保险之外再购买商业医疗保险作为补充。因此奥地利的商业医疗保险更多地被称为“医疗补充保险”。统计显示,大概有三分之一的奥地利人会选择额外购买商业医疗保险,作为公共医疗保险的补充。

商业医疗保险对于奥地利人来讲更多的意味着医疗保险覆盖的范围更大,并能够在享受医疗健康服务时获得额外的服务或就诊更加方便。例如一些专科私人医生只接收购买了商业医疗保险的患者,这些患者还可以在住院时享受到更好的服务,例如单间病房、更好的餐饮服务。奥地利的商业医保划分较细,可适应各类人群的不同需求,这些细分产品使奥地利的商业医疗保险更具灵活性,对客户也更具吸引力。例如有些商业医疗保险专门针对自由职业者等人群开发了“住院赔付”的业务:在住院期间保险公司每天会支付给人一定的补偿金用来补偿其住院期间无法营业造成的损失。

记者在奥地利有过几次就医经历,在就医过程中发现,在一些比较专业的专科诊所,特别是部分硬件条件较好的诊所,可能不愿接受公共医保的患者。

可以说,奥地利的公共医保体系为全民医疗保障奠定了坚实的基础,虽然一部分人并不愿意接受强制医保的模式,但其在奥地利医疗体系中发挥的作用不可否认。因此,商业医疗保险对奥地利居民而言,更多的是一种额外保障,能够享受到更好的医疗服务。

本版编辑 李红光

美国：内容丰富 竞争激烈

本报驻纽约记者 张伟

美国是商业健康保险最发达的国家,由雇主和个人购买的商业健康保险是美国基本健康保障体系的核心。美国商务部统计局今年9月公布的最新数据显示,2013年,美国拥有健康保险的居民占总人口的比例为86.6%,其中64.2%(2.01亿人)拥有商业健康保险,1.69亿人由雇主支付保险金,3450万人直接购买商业健康保险。

商业健康保险在美国社会经济中占有非常重要的地位,直接与间接为美国创造了就业机会超过1000万个。20世纪60年代以来,美国商业健康保险经历了一段快速发展期。据统计,美国商业健康保险2006年的保费收入达到7234亿美元,比1960年增长了121.6倍。

美国作为世界最大的商业健康保险市场,业内竞争非常激烈,专业化程度较高。据统计,在过去40年,全美商业保险公司的管理费仅为总保费的12%左右,管理费用占保费的比例较低。此外,商业健康保险公司提供的产品类型多样、种类繁多,主要集中在医疗保险、失能收入损失保险和长期护理保险,其保障内容较为丰富全面。如医疗保险不仅包括住院、急诊、处方药、牙科、眼科、体检和免疫,还包括精神健康和家庭护理等内容。

美国商业健康保险行业的经营模式以管理式医疗为主,主要包括健康维护组织(HMO)、优先医疗服务组织(PPO)、记点服务计划(POS)、专有提供者组织(EPO)等,其中PPO最为流行,占据多数市场份额。

美国的商业健康保险经常作为一种非工资福利,多由雇主为雇员支付保险金,以团体购买为主。根据美国商务部统计局的最新数据,2013年,由雇主为员工购买的商业健康保险的覆盖率53.9%。但是,美国以商业健康保险为主的体制也存在一些不足之处:一是保险覆盖面不足,保障程度受限。2013年,仍有4200万美国人没有任何健康保险,占总人口的13.4%。此外,还有3800万人所拥有的健康保险保障程度有限。二是医疗费用昂贵。美国的医疗费用高涨,原因在于医疗体系过度市场化、商业化,政府无力控制商业化的医疗服务机构,大笔医疗费用成了商业保险公司和大型医药企业的超额利润,高医疗费已严重影响美国经济发展,导致部分中小企业亏损。



瑞士医保缘何成为欧洲医改方向

许安结

瑞士是一个强调个人职责的国家,长期以来都是依靠商业健康保险来满足国民的医疗保障需求。瑞士的商业健康保险模式不仅达到了全民覆盖,而且具有承保质量高、成本低的特点。近些年来,德国、荷兰等欧洲国家的医疗保障体系改革,或多或少都是以此模式为发展方向。

瑞士医疗保障体系的成功首先得益于政府通过有效手段,建立了全民参保及人头付费机制。瑞士摒弃了“一人参保,全家免费”的家庭保险和高收入者自愿参保的制度,引入了与工资收入无关的人头付费,即在瑞士居住的每个人(无论瑞士人还是外国人)都需要购买商业健康保险。1996年前,瑞士商业健康保险费用享受税务减免。商业保险公司一旦承保,就要保证续保,从而提高了年轻人提早参保的积极性。瑞士政府还通过税务减免提供收入补贴,使得低收入的人也能买得起商业健康保险。这种全民参保及人头付费机制,在实现社会公平,降低低收入人群负担方面的作用显而易见。到1996年瑞士强制性

推行基本商业健康保险时,实际上瑞士国民基本上都已拥有医疗保险。

其次,在医疗服务领域,瑞士率先引入医疗保障竞争机制,实行全面的管理式医疗制度。在社保领域引入私人化与市场化,让市场发挥基础性作用,可以改变单纯的国家责任和政府主义,使“自负其责”的市场主体成为社会保险经办机构。随着竞争机制的引入,医保机构出于加强竞争力并实现利润最大化的动机,将会自发推进一种组织和制度创新,即管理式医疗。基于此,医保机构得以注重医疗服务的设计,在优质与低价之间寻求一个最优选择。

再次,在保费监管领域,瑞士政府倡导“受控竞争模式”,保险公司通过降低经营成本来展开竞争。保险公司强制性保险的保费仅根据参保人员的地理位置、年龄和居住地的城市化程度作出调整,额外保险价格才可根据参保人员的病历、风险和性别予以调整。据估算,1996年至2001年,这种“受控竞争模式”使参保人员的行政开支平均每人降低5%。参保人员还可以

选取参加健康保健组织,以控制不必要的就医行为。

最后,在医疗保险领域,瑞士的商业保险与社会保险相互渗透、日渐融合。瑞士的金融体系完善,商业保险公司实力雄厚,国民有着较强的保险传统与保险意识。因此,在社会保险制度设计上,瑞士也充分借鉴了商业保险运营的有益经验。例如,瑞士允许社保机构经营带有商业保险性质的补充医疗保险,私营保险公司同样可以进入社保领域,通过类似商业保险的清算方法制定灵活的医疗费用自付额,以及强化参保人自我保健的意识等。

经合组织公布的统计数据显示,1996年至2008年,以平均购买力平价计算,瑞士国民人均卫生支出仅增长4.6%,低于发达国家的平均水平;而瑞士政府在医疗保障方面的支出仅占国内生产总值的2.7%,更是所有发达国家中最低的。由此可见,瑞士的商业健康保险模式可谓是一种能够平衡公平、经济效率和病人自主权,克服医保基金支出过高、国家投入过大等弊端的制度设计。